



inVize DA

Copyright ©2023 Exegetics, Inc.

[Search](#) [Help](#) [Logout](#)

Cabinet: GRIEVANCE ▼	Grievance Control Number	Grievance Code - Issue	Inmate Number	Inmate Booking Number
Grievance Control Number:	201907831	151 - Laundry Personal Items	188863	2019-0508253
	201909525	190 - Medical Prescription	188863	2019-0508253
	201909785	190 - Medical Prescription	188863	2019-0508253
Grievance Code - Issue: ▼	201912028	200 - Medical Treatment	188863	2019-0508253
	201913296	200 - Medical Treatment	188863	2019-0508253
	202003438	006 - Corona Virus Issue DOC	188863	2019-0508253
Inmate Number:	202003761	200 - Medical Treatment	188803	2019-0508253
	202004399	330 - Security Procedures	188863	2019-0508253
Inmate Booking Number:	202004742	005 - Corona Virus Issue Cermak	188863	2019-0508253
	202004742	005 - Corona Virus Issue Cermak	18863	2019-0508253
2019-0508253	202005512	190 - Medical Prescription	188863	2019-0508253
	202008918	332 - Security Procedures Handcuffing Restraints	188863	2019-0508253
→ Search → Clear	202010131	040 - Commissarry Refund	18863	2019-0508253
	202100121	040 - Commissarry Refund	188863	2019-0508253
	202100993	040 - Commissarry Refund	1888863	2019-0508253
	202104275	040 - Commissarry Refund	4188863	2019-0508253
	202109590	040 - Commissarry Refund	188863	2019-0508253
	202111367	330 - Security Procedures	188863	2019-0508253
	202111618	006 - Corona Virus Issue DOC	188863	2019-0508253
	202112167	300 - Recreation	188863	2019-0508253
	202115626	040 - Commissarry Refund	188863	2019-0508253
	202115387	334 - Security Procedures Cell Search Shakedown	188863	2019-0508253
	202115601	190 - Medical Prescription	188863	2019-0508253

Page 1 of 1 - 23 records found

1



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

☒ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

☒ PermaHealth Services
☐ Superintendent:
☐ Other:

151

2019 NOV 10

2019 NOV 10 6188863

PRISONER'S LAST NAME (Apellido del Preso): <i>Johnson</i>	PRISONER'S FIRST NAME (Primer Nombre): <i>DOUGLAS</i>	INMATE BOOKING NUMBER (Número de identificación del Preso): <i>20190508253</i>
DIVISION (División): <i>Ten</i>	INMATE UNIT (Unidad): <i>2A</i>	DATE RECEIVED (Fecha de recepción): <i>11-29-19</i>

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed. The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance issue must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-tell related concerns such as with visiting privileges, judicial matters, or medical staff touching patients, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja debe satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso, tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario, a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso, o voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibió no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

El asunto de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la clasificación como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales penitenciarios, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIERS OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
7-24-19	11:00 Pm	Laundry Room	Workers

On 7-23-19 was laundry day for 2A. Everyone's name was on the list that had laundry they pick it up and the next day the officer came with the list and informed everyone that the laundry was destroyed and it will all be replaced. I had one XL large T-shirt and two commissary bath towels. And on Friday 7-26-19 I got my T-shirt but the bare me two state towels instead of the towels I bought from commissary. That not fair I should get back everything I paid for.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:

(Nombre del personal o presos que tengan información):

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Ever Yone on 2A unit Douglas Johnson

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL COMPLAINTS. LEAVING STAFF CASE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SECURITY NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

COMPLAINT COUNSELOR (PRISONER): <i>Johnson</i>	SIGNATURE:	DATE WHEN COMPLAINT COUNSELOR RECEIVED: <i>11/30/19</i>
SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (PRINT):	SIGNATURE:	DATE REVIEWED:

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR/ATTENDANCE OFFICER - INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
 (Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
 (Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2019

CONTROL NUMBER

INMATE #

008311018868

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

INMATE # (Nº de Identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

Johnson / 151 Laundry (personal items)

Douglas

201905082823

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Campak Health Services):

DATE RECEIVED:

Davis Suort 11/30/19

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

These items will be replaced.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT.

DATE:

SUORT WASH

W.D. 10/10

10/10

8/22/19

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Jonathan Johnson

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

8/18/19

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

- To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
 (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de los quejos se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)
- Independent of the CCDOC procedure and after receiving an appeal decision, if you are dissatisfied with the outcome, you must submit the appeal grievance to the Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.
 (De manera independiente del procedimiento del CCDOC, y tras recibir la resolución de una apelación, si no está satisfecho con el desenlace, debe enviar la queja de la apelación a Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso:) / /

INMATE'S BASIS FOR AN APPEAL: (base del preso para una apelación:)

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No ☐
 (Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decision o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

2019X0952516188863

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE. STAFF USE ONLY.

(Por favor, completar solo por el personal de Inmate Services.)

- ☐ Emergency Grievance
☒ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

- ☒ Cermak Health Services
☐ Superintendent:
☐ Other:

190

PRINT - LAST NAME (Apellido del Preso):	PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):	INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)
Johnson	Duggles	20190508253
DIVISION (División):	LIVING UNIT (Unidad):	DATE (Fecha):
Ten	2-A	9-6-19

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance issue must not be one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary/hearings officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the grievance must be filed within 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance form must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arrest, arrest procedures, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECCIONES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso, voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyerismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agenda de arresto, asuntos judiciales, o empleos de hospitales, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del acusado)
9-4-19	9: pm	D.V-10-2-A	classification

on the above date and time I was made to move from cell 2113 to cell 2107. I had a bottom bed and I told PIA Isaac Davis this. She informed me that she would make sure I kept my bottom bed. I have a back condition and am barely able to walk. This I have told the medical staff. I am now having to go up and down causing me great pain.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:

(Nombre del personal de presos que tengan información):

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DISEÑE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLIGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SECURITY NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):	SIGNATURE:	DATE/CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:
Donnelly	[Signature]	9/6/19
SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DISEÑE (Print):	SIGNATURE:	DATE REVIEWED:
[Signature]	[Signature]	9/6/19

IN-73 (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR)

PATE 2000078
(PINK COPY - INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

1/2

20191
CONTROL NUMBER
09505 1018886

INMATE #

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

Douglas

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

IMMEDIATE CRW RESPONSE (If applicable):

CRW CHECKED and inmate don't have

a lower bunk script.

CRW/REFERRED THE GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

Cermak

DATE RECEIVED:

9/9/19

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

Susan Shebel

SIGNATURE:

Susan Shebel

DIV./DEPT.

0

DATE:

9/23/19

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

[Signature]

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

9/25/19

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

- To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)
 - Independent of the CCDOC procedure and after receiving an appeal decision, if you are dissatisfied with the outcome, you must submit the appeal grievance to the Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.
(De manera independiente del procedimiento del CCDOC, y tras recibir la resolución de una apelación, si no está satisfecho con el desenlace, debe enviar la queja de la apelación a Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.)
- DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):
- INMATE'S BASIS FOR AN APPEAL: (Base del preso para una apelación):

TO BE COMPLETED BY INMATE

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

Yes (Si) ☐ No ☐

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-40b) (AUG 16)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

BATE000070MATE



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

20191109178516188623

(Puede ser llenado solo por el personal de Inmate Services)

☒ Emergency Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

☒ Inmate Health Services
☐ Superintendent:
☐ Other:

PRISONER - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso): Johanson	PRISONER - FIRST NAME (Primer Nombre): DOUGLAS	INMATE BOOKING NUMBER (Número de identificación del Preso): 20190508253
DIVISION (División): Ten	LIVING UNIT (Unidad): 2A	DATE (Fecha): 9-11-19

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance issue is not one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the grievance must be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

This grievance issue must not pertain to non-hall related concerns such as with arrest, jail, ex-cel, judicial matters, or medical staff at county hospital, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formalmente que haber pasado en los últimos 15 días calendarías a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRM).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarías.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibió no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendarías.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

La solicitud de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agenda de arresto, asuntos judiciales, o empleadores.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agenda de arresto, asuntos judiciales, o empleadores.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIERS OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
9-4-19	8:00 PM	Medication	Nurse

When it was time to get PM Meds. The nurse didn't give me my pain medication for my back I need surgery and I'm having problems getting my pain medication. I haven't had any from WednesDAY to Sunday and I'm still not getting no pain medication. At Night I put in two yellow slips and no one call me down to talk about it.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):
Douglas Johanson

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DISENTEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE. STAFF MISCONDUCT AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print): <i>[Signature]</i>	SIGNATURE: <i>[Signature]</i>	DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED: 9-12-19
SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DISENTEE (Print):	SIGNATURE: <i>[Signature]</i>	DATE REVIEWED:

(FCN-73)/(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR)

(WHITE COPY - INMATE)

COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM

(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

201915

INMATE #

091985

018886

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (Número de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CFW:

IMMEDIATE CFW RESPONSE (if applicable):

CWW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Carnak Health Services):

DATE RECEIVED:

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Read above and did not receive a doc 8/31 + 9/1. Pen meds must be requested. Cannot pass diagnosis medication through denied. Will refer to Training Management

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT.

DATE:

Susan Shrebel

Susan Shrebel

10/11/19

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.

(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

ADMINISTRATOR/DISENEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐ No ☐

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISENEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISENEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.) (PINK COPY - INMATE SERVICES000081)



1908/08/08

ENTER THE FIRST NAME (Primer Nombre):

Douglas

20190508253

Example: Support

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRALS

DATE INDEXED

DATE ISSUED: 11/15/19

Specimens on going can. No evidence of order for emergency
care management in place. You have been updating
apopto. Primary can clinic and discuss further.

RESPONDING TO GRIEVANCE (PRIM):

SIGNATURE:

DN/DEPT.

DATE _____

Susan Sheber

~~James D. L. 10/25/~~

PRICE: 149.00

ANALYZE SPECIALTY (Fermingale Press):

David G. Johnson

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

ANALYSIS OF TESTICULAR APPETITE

11-22-19

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.

(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recibo haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

reference to the Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 18477, Springfield Illinois 62794.

considera que para la aplicación a Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso.)

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?	Yes (5/)	No
Apogación del preso aceptada por el administrador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

aprobación del preso aceptado por el administrador o/su designado(a)?

DECISION O RECOMENDACION POR PARTE DEL ADMINISTRADOR O/SU DESIGNADO(A):

IMMEDIATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado/a):

DATE (Fecha):

EMMITT SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCM 406) (AUG 16)

(WHITE COPY – INMATE SERVICES)

{YELLOW COPY - C.R.W.}

BAITING-00060837



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL: 201913296 10/88863

☒ Emergency Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

Inmate #: 018863
CODE: 200

☒ External Health Services
☐ Superintendent: U
☐ Other: _____

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso): Davies Johnson
DIVISION (División): 8RTU 3

PRISON - FIRST NAME (Primer Nombre): Davies
CORRECTION UNIT (Unidad): 3H

INMATE BOOKING NUMBER (Número de Identificación del Preso): 20190508253
DATE (Fecha): 12-13-19

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary/hearing officer.

The grievance must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the grievance must be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance form must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

DIRECCIONES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles. El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o calificación de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de abuso sexual, sexual hostigamiento, abuso sexual. Si la queja incluye acusaciones de abuso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRM).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario. El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada. Si la queja incluye acusaciones de abuso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRM).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario. El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario. El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario. El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

DEC 13 2019

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIERS OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del acusado)
12-7-19	5:30 AM	DIV 10 24 Cell 10	WELDON, CAI

ON 12-7-19 AT 5:30 AM SATURDAY I WAS IN A LOT OF PAIN. I Woke up out my sleep. I got up to take a pain pill. And when I stood up my legs clapped and I fell down and I couldn't move my legs. Right leg, my cellmate call the officer and told him what happen and he said I had to wait until I first shift. So I had to lay there for about 2 hrs. And end up going to the hospital. The is what happen because I haven't receive any medical treatment for my back since I inform the doctor on 11-11-19.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información):
Cellmate Terry Loket

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):
Davies Johnson

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):
W. Seales

SIGNATURE:
W. Seales

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:
12/16/19

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR)

BATES 000083
(PINK COPY - INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
 (Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
 (Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE NAME (Apellido del Preso): **Johnson** FIRST NAME (Primer Nombre): **Douglas** ID Number (Id. Identificación): **20190508253**
 GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW: **200-Medical Treatment**
 IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

CRW REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

Cermak Health Services RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL DATE REFERRED: **12/17/19**

Second medical appointment has been rescheduling on going on.
Our management is place.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (PRM): **Susan Shabel** SIGNATURE: *Susan Shabel* DN/DEPT: **121 50119** DATE: **12/17/19**

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso): *Douglas Johnson*

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida) **1/6/20**

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
 (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATES REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso:) **1/6/20**

*I HAVE RECEIVED ANY MEDICAL TREATMENT
 THAT WAY I'M IN IVRY AFTER GOING TO
 THE HOSPITAL AND AS OF NOW I'M STILL NOT
 GETTING MEDICAL TREATMENT AND NOT GETTING RIGHT THE*

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No ☒

(Apelación del preso aceptada por el administrador o su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION ON RECOMMENDATION: (Opción o recomendación por parte del administrador o su designado(a))
standards were met. Receiving care provided by multidisciplinary team.
 INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o su Designado(a)): *Anna Rivera* SIGNATURE (Firma del Administrador o su Designado(a)): *Anna Rivera* DATE (Fecha): **12/17/2019**

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Douglas Johnson

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha recibida)

1/16/20

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE) BATES000086



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY!

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services.)

☐ Emergency Grievance
☒ Non-Compliant Grievance

Code: 000

☐ Cermak Health Services
☒ Superintendent:
Other: DOC ADM 14-18

SECY
SUP

CONTROL #

INMATE ID #

20X03438

0188863

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

DAVIDAS

INMATE BOOKING NUMBER (Id de identificación del Preso):

20190508253

DIVISION (División):

8RTV

LIVING UNIT (Unidad):

3H

DATE (Fecha):

3-25-20

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grievance must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. (If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).)

The grievance must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance must not contain offensive or harassing language.

The grievance for an inmate must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibió una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Especifico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
3-25-20	Between 10:00am and 11:00am	Living Unit 3H	Sgt Hicks

On 3-25-20 Sgt. Hicks came in living unit 3H to inform everyone about what's going on concerning the viras. Staff test positive for the virus and also some new inmates tested positive, and they are not taking safety measures in keeping us safe. It is impossible to stay six feet away from each other and we have the mask to protect us from anything that's coming in. So we are all concern about our health. They act like we have it.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tienen información:)

Inmates Everyone

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):
[Signature]

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

[Signature]
SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

[Signature]
SIGNATURE:

4/7/20
DATE REVIEWED:

(FCN-73) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR) DATE RECEIVED: 4-20-20



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM

(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

Hampster

CONTROL NUMBER

INMATE #

2030X
0343B

0188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (Nº de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

000 - CIVIL ISSUE DOC

201905082553

IMMEDIATE CRW RESPONSE (If applicable):

CRW/REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Commack Health Services):

DATE REFERRED:

DOC ADMTN-18

4/18/20

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

All details have been given Mark

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE

DN/DEPT

DATE

CFB

CFB

08/11/20

4/20/20

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

Dell, Vlt (00106) Mac (mg)

4/30/20

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

TO BE COMPLETED BY INMATE

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies. (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐ No ☐

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

INMATE

INMATE

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000088

THE COURT IS NOT PRESENTED WITH ANY OTHER ISSUES FOR DECISION.

IT IS SO ORDERED.

CONSOLE

FILED



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

William

CONTROL NUMBER

INMATE #

202003761 0188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (Número de Identificación):

Johnson

Douglas

20190508253

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

IMMEDIATE CRW RESPONSE (If applicable):

200 - Medical Treatment

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cernak Health Services):

Cernak

1 of 3

DATE REFERRED:

4/22/20

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Mr. Johnson, you have remained at the considered housing since December 2019. Your medical issues have been administered to you as ordered by nursing services. You did not have to request any refills. Pain

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT.

DATE:

Anne Thimmes

hr

04/23/20

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Mr. Via Couldy Ho Lu

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

5/7/20

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que se recibió la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

5/23 AM 10:09

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐

No ☐

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a))

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000091



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2010

CONTROL NUMBER

INMATE #

03761 018886

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (# de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

IMMEDIATE CRW RESPONSE (If applicable):

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

DATENEERED:

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

management has been in place. Nursing services at your location are available 24/7. You have been seen by doctors as scheduled. You have upcoming primary care appointment next surgery.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/ID#:

DATE:

Anna Jimever h 04, 23, 10

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeal must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso:)

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (S) ☐ No ☐
(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000092



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

Walters

2040

CONTROL NUMBER

INMATE #

03761 0188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (n de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CWW:

Johnson

Douglas

2019 05 08 253

IMMEDIATE CWW RESPONSE (if applicable):

200

CWW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

Cermak

DATE REFERRED:

3 of 3 04, 22, 20

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

appointment MRI was already done on 03.30.20 & provider reviewed results & your records from UIC. you have been closely monitored. Your vital signs have been stable. I hope you will get better soon.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DIR./DEPT.:

DATE:

Anna Jimenez

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Heli. Via Cond la Proc Arg

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

5, 7, 20

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el preso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No ☐
(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000093



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM

(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2020
CONTROL NUMBER

INMATE #

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

ID Number (# de identificación):

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

Response by Personnel Handling Referral

3 of 3

DATE REFERRED:

04/21/20

03761

0188862

20190508203

Johnson

Douglas

Cermak

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

appointment, MRI was already done on 03.30.20 & provider reviewed results & your records from UIC. you have been closely monitored & your vital signs have been stable. I hope you will get better soon

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT.

DATE:

Aimee J. Fisher

04/27, 20.

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Hdu. UIC (00019) Proe Cox

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

5, 7, 20

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.

(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que efectúo haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso:) 5, 18, 20

I DISAGREE BECAUSE THE MRI I HAD DONE WAS MY PROSTATE AND I HADN'T HAD ANY TREATMENT FOR MY BACK WENT TO STREET TO SEE THE PAIN DOCTOR SAID THEY 3 HOURS JUST FOR THE DOCTOR TO CALL THE OFFICER AND TELL HIM THAT SHE WASN'T GOING TO SEE ME A BROTHER HAS ALL PAIN MEDS

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No (N)

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a).)

Inmate Serv.

Copy

Response stands

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

Hellmunder

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

Hellmunder

DATE (Fecha):

05/13/2020

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Delv Via COVID19

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

05, 18, 20

INMATE

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(BANK-000000INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

MDX104309

0188863

THIS SECTION STOPS BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY

Preso ser llevado solo por el personal de "Inmate Services"

☒ Emergency Grievance

☐ Non-Compliant Grievance

Code 330

☒ Inmate Health Services

☐ Superintendent:

000005421

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

DOUGLAS

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

20170508053

DIVISION (División):

887TV

LIVING UNIT (Unidad):

4G

DATE (Fecha):

4-24-20

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue must be one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-fall related concerns such as with arrest, legal matters, or medical staff at outside hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideraran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario, a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibió no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -

DATE OF INCIDENT
(Fecha del Incidente)

REQUIRED -

TIME OF INCIDENT
(Horas del Incidente)

REQUIRED -

SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Específico del Incidente)

REQUIRED -

NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED
(Nombre y/o identificación del Acusado)

4-17-20

8:00 PM

3H Mates Both

Never staff

I was taken from my living unit Friday at 8:00 PM and put in restriction because a correctional officer said I need to be tested. I told her that there was nothing wrong with me. He sent me to Cermac Hospital for five days. And now they got me somewhere else where there are 25 other inmates and in ~~the~~ meeting my life this is not right and I am every concern about my health and my life inmates are dying!!!

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:

(Nombre del personal o presos que tengan información):

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Everyone on 4G Douglas Johnson

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES AFFECTING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

D. Hall

SIGNATURE:

[Signature]

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

05-04-20

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

4-12

SIGNATURE:

4-12

DATE REVIEWED:

5-8-20



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
 (Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
 (Formulario de Queja del Preso/Apelación)

220x
CONTROL NUMBER

INMATE #

04399 0188603

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (# de identificación):

Johnson

Dezolas

20190508253

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

3380 - Security Procedures

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

88 ETL SWP

DATE REFERRED:

05, 06, 20

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Procedures are being followed as it relates to 2011/11/19

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DNV/DEPT:

DATE:

LT [Signature]

LT [Signature]

08/10/24

5, 8, 20

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Delv. via COVIN 19 Pro Chns.

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

5, 18, 2020

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
 (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

1/1/

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐

No ☐

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000096



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

COINTE: **700X1B4309** **0188863**

☒ Emergency Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

Code 338

☐ Central Health Services
☒ Superintendent:

000005401

PRISON - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso): Johnson	PRISON - FIRST NAME (Primer Nombre): DEUGLAS	INMATE BOOKING NUMBER (Número de identificación del Preso): 20190508053
PRISON (Unidad): 8RTV	LIVING UNIT (Unidad): 4G	DATE (Fecha): 4-24-20

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a contact & to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance must be one of the following non-grievable matters: inmate classification (including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer).

The grievance must occur within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance involves an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the grievance must be filed within 15 calendar days of the incident.

The grievance must not be a request for admission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance must not be a request for admission of a grievance that previously received a response and was rejected.

The grievance must not be a request for admission of a grievance that previously received a response and was rejected.

The grievance must not contain offensive or harassing language.

The grievance must not contain more than one issue.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja debe que satisficir todos el criterio listado abajo para obtener un número de contacto, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas admisibles: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de admisión de quejas disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja no puede ser una petición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue agotada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue agotada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue agotada.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agenda de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales penitenciarios, etc.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue agotada.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar específico del incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del acusado)
4-17-20	8:00 PM	3H Health Booth	Never staff

I was taken from my living unit Friday at 8:00 PM and put in recreation because a correctional doctor said I need to be tested. I told her that there was nothing wrong with me, the rest me to central hospital for five days. And now they put me somewhere else where there are 25 other inmates and in a dangerous place. My life this is not right and I am every concern about my health and my life. Inmates are dying!!!

NAME OF STAFF OR INMATE SIGNING AND ATTESTING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o preso que tenga información)

Everyone on 4G

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Everyone on 4G Douglas Johnson

CHIEF PLATOON COUNSELOR (Title): CHIEF	SIGNATURE: CHIEF	DATE/PLATOON COUNSELOR AGREE: 05-04-20
SUPERINTENDENT/DIRECTOR DESIGNEE (Title): CHIEF	SIGNATURE: CHIEF	DATE REVIEWED: 5-8-20

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CHIEF PLATOON COUNSELOR/INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alcaide del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (Número de identificación):

JOHNSON

DAUGLAS

20190508253

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CSM:

380 - Security Procedures

IMMEDIATE CSM RESPONSE (If applicable):

DATE RECEIVED:

05/18/20

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT.

DATE:

IT 18

IT 18

08/10/20

5/8/20

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Deliv. via COV119 Proa Chns.

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

5/18/2020

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL

To achieve administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies. (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de los quejos se deben recibir en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

5/18/20

ADMINISTRATOR/DISEÑADOR'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? (Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

Yes (Si) ☐ No ☐

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEÑADOR'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEÑADOR (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000098



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTINUA

INMATE ID #

☒ Emergency Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

OS

☒ Cermak Health Services
☐ Superintendent:
☐ Other:

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):	INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):	INMATE BOOKING NUMBER (Número de identificación del Preso):
Johnson	DOUGLAS	20190508253
DIVISION (División):	INMATE UNIT (Unidad):	DATE (Fecha):
8RTU	4G	4-17

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance must be filed within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the grievance must be filed within the last 15 calendar days. The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed. The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days. The grievance must not contain more than one issue. The grievance must not contain more than one issue.

DIRECTICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja debe satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los recursos posibles. El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de unidades disciplinarias para los presos. El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso o voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Mediación Institucional (TMI/CMI). El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibió no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario. El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante. El asunto de la queja no puede contener más de un asunto. El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agenda de arresto, asuntos judiciales, o empleos médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIER OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
4-17-20	8:PM	DOWN THE HALL 3E	Nurses Doctor

I WAS HOSPITALIZE TO CERMACK SOUTH BECAUSE THE DOCTOR
SAID THAT I TESTED POSITIVE FOR COVID 19. I WAS THERE FOR 5 DAYS
THEN THEY TOOK ME TO 4G WHERE EVERYONE IS POSITIVE FOR COVID 19.
THE COUNTY JAIL HAD ENOUGH TIME TO PREPARE FOR THIS PROBLEM.
WE HAD NO MARKS AT SANITIZER FOR WEEKS FROM MARCH TO 2 WEEKS
IN APRIL. NO ONE SEEN A DOCTOR DURING THAT TIME. I HAVE OTHER
HEALTH PROBLEMS AND I'M CONCERN ABOUT MY HEALTH. NO ONE IS
TAKING TO US AND I FEEL THAT MY LIFE IS IN DANGER.

NAME OF SUPERINTENDENT (Nombre del Jefe de Presos):

EVERYONE ON 4G ALL INMATES

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

SUPERINTENDENT/REPORTING SIGNATURE (Firma del Jefe de Presos/Reportante):

AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Firma):	SIGNATURE:	DATE/CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:
SUN UPENDANT/INMATE/DESMINEE (Firma):	SIGNATURE:	DATE/CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina Del Alcaide del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM

(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

CONTROL NUMBER

INMATE #

2020X07742 018 8803

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

JOHNSON

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

DOUGLAS

ID Number (n° de identificación):

20190508253

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CNU:

POD - CIV ISSUE CERMAK

IMMEDIATE CNU RESPONSE (if applicable):

CNU ~~ADVISE~~ IMMEDIATELY NOTIFIED DIVISION

CNU/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO:

Example: Superintendent, Ceramak Health Services I:
 CERMAK

DATE REFERRED:

5/12/2020

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Complaint provided medical services to the patient. The medical care you have been provided was appropriate. Ceramak did not address having concerns.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (PRINT):

Susan Shebi

SIGNATURE:

Susan Shebi

DNV/DEPT.

DATE:

5/12/2020

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Dr. Via COVID 19 - For Chex

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

6/9/2020

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies. (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

ADMINISTRATOR/DISEÑEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No ☐ (Apelación del preso aceptada por el administrador o su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEÑEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o su designado(a))

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEÑEE (Administrador o su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000101



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

CONTROL - GARANTIA

INMATE #

2020XU7742 018 88105

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

JIMINSON

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

DOUGLAS

ID Number (Nº de Identificación):

20190508253

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CNU:

DOS - CIV ISSUE CERMAK

IMMEDIATE CNU RESPONSE (If applicable):

CNU ADVISES IMMEDIATELY NOTIFIED DIVISION

CNU/ REFERRED TO GRIEVANCE TO:

(Example: Superintendent, Central Health Services)

DATE RECEIVED:

5/12/2020

DISPENSARY, INMATE ADVISES TO WAIT REGARDING LITIGATION ON A SEPTEMBER

CERMAK

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Carmelo provided information to the patient. The medical care you have been provided was appropriate. Current status not accurate having concerns.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

Susan Shebel

SIGNATURE:

Susan Shebel

DN/ID#1:

DATE:

5/12/2020

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Dell. Via COVID 19 - POC Chrey

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

6/9/2020

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Fecha de la solicitud de la apelación del preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies. (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de los quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que al recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe emitir en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

1/1/

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐No ☒

(Apelación del preso aceptada por el administrador o su designado(e)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/ADMINISTRATOR'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o su designado(e))

Response & denied

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE (Administrador o su Designado(a)):

Anna Jimenez

SIGNATURE (Firma del Administrador o su Designado(a)):

hu

DATE (Fecha)

06/11/2020

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

Cabinet GRIEVANCES, Page Id 2460797

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

Scanned Tuesday June 9, 2020 at 1:59 PM by PHarris2 on Doodsimmatesr3

Printed Thursday June 18, 2020 at 2:31 PM by LMena from DOCDSIMMATESV13

BATES000103



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

CONTROL NUMBER

INMATE #

2020 XDT72 018 8863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):	INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):	ID Number (# de identificación):
JHNSON	DOUGLAS	20190508253
GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:	CDS - CV ISSUE CERMAK	
IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):	CRW ADVISE IMMEDIATELY NICK BELL DIVISION	
DISPATCH CRW/ REFERRED INMATE GRIEVANCE TO:	Example: Superintendent, Cermark Health Services)	
CERMAK	DATE REFERRED: 5/12/2020	

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):	SIGNATURE:	DN/DEPT.	DATE:
Example: Superintendent	[Signature]		5/12/2020

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Det. Via COVID 19 - Pol. Chng

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

6/9/2020

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.

(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

JUN 19 AM

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

6/16/20

I'm appealing this because I can't see it or understand it.
Please Print.

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (SI) ☐

No ☒

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

Response stands

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha)

Ann. Jivech

06/19/2020

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Det. Via COVID 19 Pol. Chng

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

6/16/2020

(FCN-72) (NOV17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000104



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

2020 0512 0188863

☒ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

19CC002

☒ Cermak Health Services
☐ Superintendent:
☐ Other:

PRINT - LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

DOUGLAS

INMATE BOOKING NUMBER (Número de identificación del Preso)

20190508253

LIVING UNIT (Unidad):

4B

DATE (Fecha):

5-13-20

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.) The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days. The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed. The grievance issue must not contain offensive or harassing language. The grievance form must not contain more than one issue. The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles. El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo degradación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos. El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso, o voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW). El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario. El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada. El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario. El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto. El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agenda de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -
DATE OF INCIDENT
(Fecha del Incidente)

REQUIRED -
TIME OF INCIDENT
(Hora del Incidente)

REQUIRED -
SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Específico del Incidente)

REQUIRED -
NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED
(Nombre y/o identificación del Acusado)

5-13-20 8:45 AM

AROUND

NURSES BOOTH

DEERING-HOUSE

ON WEDSDAY 5-13-20 AROUND 8:45 AM NURSES HOUSE CAME TO PASS OUT MEDICATION SHE'S TRYING TO GIVE ME PROFESSIONAL FOR THE THIRD TIME SHE'S TRYING TO GIVE ME THE PORE MEDICATION A FEW TIMES TRYING TO PUT MY HEAD IN DANGER BECAUSE SHE DID NOT WANT TO GIVE ME MY MEDICATION SAYING THAT I'M DONALD JOHNSON AND SHE KEEP TRYING TO GIVE ME HIS MEDICATION AND WHEN I REFUSE SHE START CALLING ME A CRIMINAL AND A DRUG ADDICT MAKES NO SENSE UNPROFESSIONAL

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o preso que tenga información)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE REVIEWED:

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR) BATT (PINK COPY - INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM

(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

CONTROL NUMBER

INMATE #

2020

05512

0188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

Doan

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

180 Medical Prescription

ID Number (# de Identificación):

20190508253

IMMEDIATE CRW RESPONSE (If applicable):

PIA

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

email

DATE REFERRED:

5 / 19 / 20

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Receivd request received medical request. Cannot provide description allegation. Prisoner wanted to receive professional at all time. will refer to Nursing Management for review.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

Sgt. Shchel

SIGNATURE:

Anita Shchel

DN/DEPT:

DATE:

6 / 26 / 20

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Deliv. via COVID 19

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

07,02,20

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso) / /

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

Yes (SI) ☐ No ☐

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000106



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services)

☒ Emergency Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

1900003

☒ Term Health Services
☐ Superintendent:
☐ Other:

CONTROL #

2020

05510

INMATE ID #

0180863

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

DOUGLAS

DIVISION (División):

8 RTU

LIVING UNIT (Unidad):

4B

INMATE BOOKING NUMBER (de identificación del preso):

00190508253

DATE (Fecha):

5-13-20

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the grievance must be filed within the last 15 calendar days.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed. The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance form must not contain offensive or harassing language. The grievance form must not contain more than one issue. The grievance form must not pertain to non-related concerns such as with arrest, jail matters, or medical staff at outside hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles. El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso, o voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

El asunto de la queja no puede contener más de un asunto. El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel (a) como preocupaciones sobre la agenda de arresto, asuntos judiciales, o empleados fedéricos de hospitales penitenciarios, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
5-13-20	8:45 AM	NUTRIST Booth	DEERING-HOUSE

ON WEDNESDAY 5-13-20 AROUND 8:45 AM MY WIFE'S HOUSE CAME TO PASS OUR MEDICATION SHE'S VERY RUD AND VERY UNPROFESSIONAL.

FOR THE THIRD TIME SHE'S TRYING TO GIVE ME THE PAIN MEDICATION A I FIV THAT SHE'S TRYING TO PUT MY HEALTH IN DANGER BECAUSE SHE DID NOT WANT TO GIVE ME MY MEDICATION SAYING THAT I'M DONALD JOHNSON AND SHE KEEP TRYING TO GIVE ME HIS MEDICATION AND WHEN I REFUSE SHE START CALLING ME A CRIMINAL AND A DRUG ADDICT MAKES NO SENSE UNPROFESSIONAL

ICE WITH FRIENDS AND WORKING OFFICE NOW FOR JOHNSON

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre de personal o preso(s) que tengan información):

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE REVIEWED:

Cabinet GRIEVANCES, Page Id 2467880

Scanned Thursday July 2, 2020 at 8:48 AM by CWilson3 on Doc56crw1976

Printed Wednesday July 8, 2020 at 6:51 AM by CWilson3 from DOC56CRWX1976

BALES000707 (INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2020
CONTROL NUMBER
05513
INMATE #
0188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):	INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):	ID Number (# de identificación):
Johnson	Coyne	20190508253
GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CROW:	110 Medical Prescription	
IMMEDIATE CROW RESPONSE (if applicable):	PIA	
CROW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Carnation Health Services):	Article	
DATE REFERRED:	5/19/20	

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Record reflects request received inmate as medical. Cannot provide diagnosis or treatment. Inmate recommended to remain in professional at all times. Will refer to Quality Management for review.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):	SIGNATURE:	DIV./DEPT.	DATE:
Susan Shebel	Susan Shebel		6/26/20

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):	INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)	DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)
	Deliv. via COVID 19	07/02/20

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso.)

ADMINISTRATOR/DIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (Si) ☐ No ☐
(Apelación del preso aceptada por el administrador o su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DIGNEE (Administrador o su Designado(a)): SIGNATURE (Firma del Administrador o su Designado(a)): DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2020

CONTROL NUMBER
05512
INMATE #
0182863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (Nº de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

1cc Medical Grievance

20190508353

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

plm

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

DATE REFERRED:

8/14/20

5/14/20

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT:

DATE:

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

Deliv. via COVID 19

07/02/20

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

07-15-20 A09:35

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben recibir en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso:) 7/16/20

I DISAGREE WITH YOUR RESPONSE BECAUSE IT'S NOT THE TRUTH IT'S DANGEROUS AND UNPROFESSIONAL FOR HER TO TRY TO GIVE ME SOMEONE ELSE MEDICATION. THE OFFICER SAID THAT IT WAS NOT MINE. IF I DIDN'T KNOW MY MEDICATION I WOULD HAVE TAKEN IT.

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No (N) ☒

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a))

Ruopras Otade

Inmate Serv.
Copy

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

Susan Shebel

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

8/13/20

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Deliv. via COVID 19

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

08/18/20

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000109



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

2020

08918

0188863

THIS IS FORM IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services)

☒ Emergency Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

0320003

☐ Cermak Health Services
☒ Superintendent:

08024

Other:

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

Daveilas

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

20190508253

DIVISION (División):

8RTU

LIVING UNIT (Unidad):

2G

DATE (Fecha):

7-19-20

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue is not one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.)

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days

The grievance form must not contain offensive or harassing language.

The grievance issue must not pertain to non-affiliated concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario, a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -

DATE OF INCIDENT
(Fecha del incidente)

7-19-20

REQUIRED -

TIME OF INCIDENT
(Hora del incidente)

4:30 PM

REQUIRED -

SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Especifico del incidente)

Outside Living Unit

REQUIRED -

NAME and/or IDENTIFIERS) OF ACCUSED
(Nombre y/o identificación del acusado)

Officer - Bacon

ON SUNDAY VISITING DAY I WAS CALLED FOR MY VISIT I WENT OUT THE DOOR WAITING FOR OFFICER BACON HE SAID THAT I WAS ON A CANCE I TOLD HIM I DON'T GET LIFTED UP BECAUSE OF THE CANCE HE SAID THAT I WOULD BE LIFTED UP TODAY I HAD A HARD TIME WALKING AND THE CUFFS WAS DIGGING DOWN MY RIBS AND I WAS SWEATING THERE AND ON THE WAY BACK I TOLD HIM THAT THE CUFFS HURTING AND I WAS IN A LOT OF PAIN HE STOP LOOKED AND TURNED AROUND AND KEPT WALKING I WAS SWEATING SO BAD THE BACK WAS WET I ASKED HIM TO STOP HE SAID NO I WAS SHORT OF BREATH

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información):

Inmates - Officer and ~~Prisoner~~ LT. Renell ~~Prisoner~~ Johnson

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

Johnson

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

07/20/20

DATE REVIEWED:



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

CONTROL NUMBER

INMATE #

4020

08418

01888603

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (# de Identificación):

Johnson

Douglas

20190508853

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

338 Security procedure handwriting
P/A

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

DATE REFERRED:

08.17.14

07.21.20

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Staff has been followed safety & security procedures

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DIV./DEPT:

DATE:

[Signature]

[Signature]

8

7.24.20

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Delv Via COVID19

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

7.31.2020

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

- To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)
 - Independent of the CCDOC procedure and after receiving an appeal decision, if you are dissatisfied with the outcome, you must submit the appeal grievance to the Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.
(De manera independiente del procedimiento del CCDOC, y tras recibir la resolución de una apelación, si no está satisfecho con el desenlace, debe enviar la queja de la apelación a Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.)
- DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):** ____/____/____
- INMATE'S BASIS FOR AN APPEAL: (Base del preso para una apelación)**

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?
(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

Yes (SI) ☐

No ☐

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: [Decision o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):]

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/Apelación)

CONTROL NUMBER **08918** INMATE # **012-803**

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (Número de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

ADVISED/REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

DATE REFERRED:

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

OW/DEPT:

DATE:

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

Delv Via COVID19

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

- To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.

(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

- Independent of the CCDOC procedure and after receiving an appeal decision, if you are dissatisfied with the outcome, you must submit the appeal grievance to the Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.

(De manera independiente del procedimiento del CCDOC, y tras recibir la resolución de una apelación, si no está satisfecho con el desenlace, debe enviar la queja de la apelación a Illinois Department of Corrections, Jail and Detention Standards Unit, 1301 Concordia Court, P.O. Box 19277, Springfield Illinois 62794.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso): **8-18-20**

INMATE'S BASIS FOR AN APPEAL: (Base del preso para una apelación):

I never been heard with since I been on this case until officer Breen. I could barely walk. The cane I sure was not a threat for my safety. This was a controlling attitude and my injury to my hand and wrist is from officer O'Rourke + Sgt. Purnell and independent attorney.

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No (NO) ☒

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a))

All defenses are restored during movement. ORIGENAR RESPONSE STANDS

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE'S ADMINISTRATOR o/su Designado(a):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

10220 **8,18,20**

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

Delv Via COVID19

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

8,21,20

INMATE



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

- ☒ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

040

- ☐ Cermak Health Services
☐ Superintendent:
Other: 15 ADM 101

2020 X 10131 0188863

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso): <u>Johnson</u>	INMATE FIRST NAME (Primer Nombre): <u>DOUGLAS</u>	INMATE BOOKING NUMBER (Identificación del Preso): <u>20190508253</u>
DIVISION (División): <u>8RTU</u>	INMATE UNIT (Unidad): <u>2G</u>	DATE (Fecha): <u>8-8-20</u>

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.

The grievance must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the grievance must be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance must not contain offensive or harassing language.

The grievance must contain more than one issue.

The grievance must not contain threats to harm, but related concerns such as with arrest or, suicides, judicial matters, or medical staff are acceptable.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja debe que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles. El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal debe que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de abuso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso, o voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de abuso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CWR).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibió una apelación sobre la decisión desde en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

El asunto de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede contener amenazas a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales prisioneros, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIERS OF ACCUSED (Nombre y/o Identificación del Acusado)
7-28-20 9:30 AM	Between	2G Day Room	Social Worker
I BEEN TRYING TO GET MY REFUND FOR APRIL 16, TAKE R61 1543-595 AND WILLIAM COOK 3030-1.35 ORDER DATE 5-19-20. I HAVE PUT IN THREE KEefe REFUND SLIPS AND I HAVEN'T GOT NO RESPONSE AND IT'S BEEN TWO MONTHS. I TALK TO THE SUPERVISOR ON 8-8-20 AND SHE SAID THAT IT UP TO THE SOCIAL WORKERS TO MAKE SURE THAT I GET MY REFUND.			

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THE COMPLAINT: (Nombre del personal preso que tenga información)

Officer Keefe's Supervisor

NAME SIGNATURE: (Firma del Preso)

NAME SIGNATURE: (Firma del Preso)

NAME SIGNATURE: (Firma del Preso)

NAME SIGNATURE: (Firma del Preso)

Print this Page

Order # 103167335

Order Date 5/19/2020

Resident 20190508253 - JOHNSON, DOUGLAS J

Customer 287731

 Officer COMISARY
 Order Form UNASSIGNED ORDER FORM

Item Alias	Item Description	Quantity	Price	Tax	Amount
2000	S S KEEFE COFFEE	15	0.37	0.12	5.67
6100	POTATO CHIPS	3	0.93	0.06	2.85
6105	BBU POTATO CHIPS	5	0.93	0.10	1.75
2087	MON DAIRY CREAMER 10PK	1	1.19	0.03	1.22
4155	STO AIR FREE WILD FRUIT 1.7	1	0.87	0.09	0.96
2623	BC REGAT AIR SUMMER SAUSAGE	2	1.89	0.09	3.87
2070	S S HOT COCOA	7	0.45	0.07	3.22
6757	HORMEL SPAM SINCE E	1	1.75	0.04	1.79
2796	BC BEEF BARBACOA	1	4.75	0.11	4.86
6826	FRESH CATCH TUNA 4.23 OZ	2	2.65	0.12	5.42
6195	PREMIUM CHICKEN RIBS 1.7	1	5.25	0.12	5.25
4152	DIEGY AIT STAKS 3.75 OZ	1	1.11	0.11	1.22
0424	MOISTURIZING SOAP 5 OZ	1	1.07	0.11	1.18
6262	MAYONNAISE 12PK	1	1.25	0.03	1.28
2035	SALT 10PK	2	0.25	0.01	0.51
0217	10PK T OIL ON	1	2.25	0.23	2.48
2671	TOROLOUR TORTILLAS	1	1.15	0.03	1.18
1139	(SLEEVE) SALS LINE CRACKERS	1	0.61	0.01	0.62
6501	PICKY F (MILD)	1	1.50	0.03	1.53
6018	TEXAS BEEF RAMEN SOUP	1	0.90	0.02	0.92
2795	LIGHT SEASON BEEF CHIMEL'S	1	4.75	0.11	4.86
2039	QUINOLA CRM CLOXIDES 6OZ	1	1.35	0.03	1.38
3554	FC MAKUKEAL HOT CHILI SAUC	1	2.60	0.06	2.66
9107	P-1P DRIVE DEODORANT	1	1.05	0.31	3.36
1561	XLRG THERMAT BOLIONS	1	5.95	0.61	6.56

Total Amount 69.60

Refund Detail

Page 1 of 1

[Print this Page](#)

Order # 103167335

Order Date 5/19/2020

Resident 2019050833 - JOHNSON, DOUGLAS P

Customer 287273

Officer COMISARY
Order Form UNASSIGNED ORDER FORM

Item Alias	Refund Date	Quantity	Amount Officer	Return Reason	Reason Description
1563	5/26/2020	1	6.56 COMISARY	Short	
3030	5/26/2020	1	1.38 COMISARY	Short	

Item Amount 7.94



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

BALL

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

CONTROL NUMBER: **200X10131** INMATE #: **0187663**

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (Número de Identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CROW:

IMMEDIATE CROW RESPONSE (Respuesta Inmediata):

CROW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO: (Example: Superintendent, Criminal Health Services):

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Responding Crow Eileen inmates must account. If Appraiser that the funds were returned to inmates account on 5/26/2020, 1563 (5.15) + 03080 (1.35)

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Prestador de Servicios):

DATE:

DI./MES/AÑO:

DATE:

V. Ball-Crow

V. Ball-Crow

7/5/24

8/13/2020

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Det. V. Ball-Crow

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

8, 14, 20

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies. (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso.)

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐ No ☐

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a))

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000116

0188863 : Johnson, Douglas

Location: DIV8 RTU 4C D2

Cook County, IL

12/29/2020

232

Code	Product	Qty	Price	Extend
2098	Moisturizing Bar Soap 5oz Credit from 12/23/2020 REF: 205	-1	1.07	-1.07
7033	Squeeze Cheddar Cheese (V) Credit from 12/23/2020 REF: 205	-2	1.02	-2.04
7096	Chicken Breast Pouch 4.5oz Credit from 12/23/2020 REF: 205	-2	5.13	-10.26
7117	Velveeta Mac & Cheese 3oz (K)(V) Credit from 12/23/2020 REF: 205	-1	1.80	-1.80
7127	Beef Stew Pouch 11.25 Credit from 12/23/2020 REF: 205	-1	3.69	-3.69
7141	Pork Rinds Hot & Spicy Credit from 12/23/2020 REF: 205	-1	1.90	-1.90
7160	Camela Ready Cuts Credit from 12/23/2020 REF: 205	-1	3.59	-3.59
7169	Chocolate Mini Donuts 6ct (V) Credit from 12/23/2020 REF: 205	-1	1.49	-1.49
7187	Microwave Popcorn EXTRA BUTTER Credit from 12/23/2020 REF: 205	-1	1.15	-1.15
7309	Saltine Cracker Sleeve Credit from 12/23/2020 REF: 205	-1	0.61	-0.61

Balance After: \$215.78

Subtotal: -\$27.60

Taxes: -\$0.70

Total: -\$28.30

Sign: _____

BATES000118



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE / APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso / Apelación)

CONTROL NUMBER **INMATE #**

SMEED
20210012110185863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso): **Johnson** **INMATE FIRST NAME** (Primer Nombre): **Douglas** **ID Number** (# de Identificación): **20190508253**

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CWP:

Officer - Commissary Refund

IMMEDIATE CWP RESPONSE (if applicable):

CWP / REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Criminal Health Services):

Commissary Refund

DATE RECEIVED:

1 / 16 / 21

RETURN ISSUED

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

4877

DN / DEPT:

COMISSARY

DATE:

1 / 21 / 21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Delv Via COVID19

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

JAN 27 2021

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies. (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de los quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso): **1 / 1 / 21**

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? (Apelación del preso aceptada por el administrador o su designado(a)?) **Yes (Si)** ☐ **No** ☐

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION (Decisión o recomendación por parte del administrador o su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE (Administrador o/su Designado(a))

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a))

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso)

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000119



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

2021

00443

01888863

☒ Emergency Grievance
☐ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

0400003

☐ Cermak Health Services
☐ Superintendent
☒ Other: Commissary Vendor

PRISONER - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

PRISONER - FIRST NAME (Primer Nombre):

Daveias

INMATE BOOKING NUMBER (Fecha de Recepción del Preso):

20190508253

DIVISION (División):

8FTD

LIVING UNIT (Unidad):

4C

DATE (Fecha):

1-16-21

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance is not one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.
The grievance must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the grievance must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.
The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.
The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.
The grievance form must not contain offensive or harassing language.
The grievance form must not contain more than one issue.
The grievance issue must not pertain to non-hall related concerns such as with attending privileges, judicial matters, or medical staff treating in hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja debe tener que satisfacer toda el criterio listado más abajo para obtener un número de control #, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.
El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.
El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, llame o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (CRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibió no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

El asunto de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agenda de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales penitenciarios, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIERS OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
1-14-21	11:45 AM	4-C (made order of)	NEW COMMISSARY

TODAY I GOT MY COMMISSARY BAG AND MY RECEIPT THAT SHOULD BE 1-14-21. I WAS TAKEN OFF MY ACCOUNT FOR MY COMMISSARY ORDER. AFTER LOOKING AT MY RECEIPT, I NOTICED THAT MY COMMISSARY LIST ONLY HAD \$25.41 WORTH OF FOOD. THE LIST BUT I WAS CHARGED \$101.79 THIS IS NOT FAIR OR RIGHT THAT THESE NEW COMMISSARY CAN TAKE MONEY OFF MY ACCOUNT AND NOT GIVE ME WHAT I ORDER FOR THE LAST 3 WEEKS I'VE BEEN GOING THROUGH STUFF LIKE THIS I WANT MY MONEY RETURN TO MY ACCOUNT AS A.P.P PLEASE THANK YOU

NAME OF STAFF OR INMATES HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:

(Nombre del personal o presos que tengan información)

INMATE SIGNATURE (Firma del Inmate):

Tom Darte

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DISTRICT CLERK OR A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES. ALL GRIEVANCES ALLIGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES IF THE INMATE COMPLAINT IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

COMPLAINT COUNSELOR (PRISONER):

Johnson

SIGNATURE:

Johnson

DATE COMPLAINT COUNSELOR RECEIVED:

1-14-21

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DEPUTY (PRISONER):

SIGNATURE:

DATE RECEIVED:

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR/BATE 90000020 - INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

THIS IS A CONTROL COPY - IT IS NOT TO BE FILED IN THE INMATE'S FILE.

2021

04975

0188063

- ☒ Emergency Grievance
☐ Non-complaint Grievance

040008

- ☐ Cermak Health Services
☐ Superintendent:
Brother: Comm. Larry Anderson

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

INMATE BOOKING NUMBER (Número de Identificación del Preso):

Johnson

DOUGLAS

20190508953

DIVISION (División):

LIVING UNIT (Celda):

DATE (Fecha):

SR7C

4C

3-17-21

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance must be one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.

The grievance must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).

The grievance must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not be in a non-appealable or non-grievable category, such as: medical, disciplinary, housing, etc.

DIRECCIONES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja debe satisfacer todos el criterio listado abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales. Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de procedimiento para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja presentada en los últimos 15 días calendario en la que ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja que previamente recibió una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja que previamente recibió una respuesta y usted decidió no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la clasificación como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empujones médicos de hospitales prisioneros, etc.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja presentada en los últimos 15 días calendario en la que ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

REQUIRED -
DATE OF INCIDENT
(Fecha del incidente)

REQUIRED -
TIME OF INCIDENT
(Hora del incidente)

REQUIRED -
SPECIFICATION OF INCIDENT
(Lugar Específico del incidente)

REQUIRED -
NAME AND/OR IDENTIFIER(S) OF ACCUSED
(Nombre y/o identificación del acusado)

3-14-21

12:00 PM

4C

Tom Datt-CCDC PREMIER

ON 3-14-21 I RECEIVED MY COMMISSARY BAG RECEIPT IT WAS 1511 AND SIX ITEMS IN THE BAG TWO ITEMS THEY CHARGE ME FOR AND DIDN'T GIVE ME AND I LOOK AT THE TOTAL AND IT WAS 10.11 I SHARED THE BAG AND RECEIPT TO THE WORKER HE SAID HE WAS GOING TO REBUT IT YOU HAVE THE ORIGINAL RECEIPT BUT YOU SIGNED A FARE RECEIPT WITH OTHERS THAT I DIDN'T RECEIVE THE CRIMINAL THAT YOU TAKE MONEY THAT NOT YOURS I HAVE THE OTHER ORIGINAL RECEIPT THAT SHOWS ALL THE ITEMS I RECEIVE I HOPE YOU CAN DO SOMETHING ABOUT THIS OR I'M BEING HURT TO FILE TO MY ATTORNEY ABOUT THIS MATTER.

NAME OF STAFF MEMBER HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso)

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/D SIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST BE VIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVABLES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (PRINT):

SIGNATURE

DATE/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/D SIGNEE (PRINT):

SIGNATURE

DATE REVIEWED:

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR/DATE SIGNATURE - INMATE)

Quality Assured By: 0616

Blue

0188863

Johnson, Douglas

Receipt #71056

Location

DIV8 RTU - 3D - D3

Cook County, IL

01/14/2021



Invoice : 386:cookIL-402

Code	Qty	Product	Price	Ext
6050	1	Kool Off SF Fruit punch drink mix 10pk (K)(V)(V+) (SF Kool Off Ponche de Frutas 10pk (K)(V)(V+))	2.39	2.39
6051	1	Kool Off SF Lemonade Drink mix 10pk (K)(V)(V+) (SF Kool Off Limonada 10pk (K)(V)(V+))	2.39	2.39
5044	1	Old fashioned Lemonade Disks 10oz (V)(V+) (Disco de Limonada)	2.99	2.99
5024	1	Butterscotch Disks (S)(V)(V+) (Butterscotch Disc S)(V)(V+))	1.79	1.79
5007	1	Now & Later 3.5oz (S)(V)(V+) (Now & Later 3.5oz (S)(V)(V+))	1.89	1.89
5038	1	Starlite Mints (S)(V)(V+) (Starlite Mints (S)(V)(V+))	1.65	1.65
7106	0	Salt Packets-10ct (K)(V)(V+) (Paquete de Sal 10ct (K)(V)(V+))	0.75	0.00
6002	2	Creamer packets 10pk (K)(V) (Paquete del Crema 10ct (K)(V))	1.19	2.38
7141	0	Pork Rinds Hot & Spicy (Corteza de Cerdo Caliente)	1.90	0.00
7064	0	Frito Lay Fritos Chili Cheese 1.5oz (V) (Fritos Queso de Chili 1.5oz (V))	1.10	0.00
7062	0	Frito Lay Doritos Nacho Cheese 1.5oz (V) (Doritos Queso de Nacho 1.5oz (V))	1.10	0.00
7061	0	Frito Lay Doritos Cool Ranch 1.5oz (V) (Doritos Ranch Refresco 1.5oz (V))	1.10	0.00
7022	0	Frito Lay Cheetos (V) (Frito Lay Cheetos (V))	1.10	0.00
7081	0	Salsitas Tortilla Chip (K)(V)(V+) (Salsitas Papitas de Tortilla (K)(V)(V+))	1.10	0.00
7073	0	Frito Lay BBQ 1.5oz (K)(V)(V+) (Papitas de Barbacoa 1.5oz (K)(V)(V+))	1.10	0.00
7016	0	Cheez Its (K)(V) (Cheez Its (K)(V))	0.99	0.00
7169	0	Chocolate Mini Donuts 6ct (V) (Donuts en Miniatura de Chocolate 6ct (V))	1.49	0.00
1093	2	Ankle Socks (Calcetines de Tobillo)	1.29	2.58

Quality Assured By: 0616

Blue

0188863

Johnson, Douglas

Receipt #71056

Location

DIV8 RTU - 3D - D3



Cook County, IL

01/14/2021

Invoice 386-cookIL-402

Code	Qty	Product	Price	Ext
7309	1	Saltine Cracker Sleeve	0.61	0.61
4181	1	Stamps 10ct Booklet	5.50	5.50
4010	4	Med-First Ibuprofen (generic Advil) 2ct (Med-First Ibuprofeno (Advil generico) 2ct)	0.46	1.84
76		Paid Online	Sub Total	\$98.78 TAX: \$3.01 Total: \$101.79
76 Items			Start Balance	\$225.29
Delivered By: 1011			Resident Paid	
Date: 1/16/21			End Balance	\$225.29
Resident: <i>Douglas Johnson</i>				

7120162

0188863 : Johnson, Douglas

Location: DIV8 RTU 4C D2

Cook County, IL

1/18/2021

451

Code	Product	Qty	Price	Extend
5024	Butterscotch Disks (S)(V)(V+) Credit from 1/14/2021 REF: 402	-1	1.79	-1.79
5044	Old Fashioned Lemonade Disks 10oz (V)(V+) Credit from 1/14/2021 REF: 402	-1	2.99	-2.99
Balance After:			Subtotal:	-\$4.78
			Taxes:	-\$0.11
Sign:			Total:	-\$4.89



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
 (Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
 (Formulario de Queja del Preso/Apelación)

SUTANISAD

CONTROL NUMBER INMATE #

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (# de Identificación):

Johnson

Donislas

2014 050 8253

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRY:

040 Commissioning Doctor Refund

IMMEDIATE CRY RESPONSE (If applicable):

N/A

CRY/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO: (Example: Superintendent, Criminal Health Services):

Commissioning Doctor

DATE REFERRED:

3 / 26 / 21

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

4011

SIGNATURE:

[Signature]

DM/DEPT:

COMMISSIONING

DATE:

3 / 26 / 21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Delv Via COVID19

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

APR 02 2021

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: Solicito de reconsideración de mi Preso

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
 (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso): *1 / 1 /*

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (Si) ☐ No ☐
 (Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a).)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE (Administrador o/su Designado(a))

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a))

DATE (Fecha)

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000125



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

SWANISAW
CENTRAL NUMBER: 2621 44875
INMATE #: C1888403

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):	INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):	ID Number (# de identificación):
Johnson	Joseph / J.S.	26190508453
GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:	CWO Commissioning Vector COVID	
IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):	J.P.H.	

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO: (Example: Superintendent, Criminal Health Services):	DATE REFERRED:
Commissioning Vector	3/22/21

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

SEE Attachments for 1-14-21			
Dere			
PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (if any):	SIGNATURE:	DN / DEPT.	DATE:
4011	[Signature]	CHALISAR	3/26/21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):	Delv Via COVID19	DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)
		APR 02 2021

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso): 04/12/21

I Received The Right Receipt AND I'm sending it back to you can that you have the balance of \$7.24 I didn't get any of those items on that receipt so I would like to get my balance for my order if not I will be calling my attorney

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No (NO) ☒

(Aprobación del preso aceptada por el administrador o su designado?)

A second review has been conducted.

Original response to stand.

INMATE SERVICES CONTACT INFORMATION (Administrador o su Designado(a))	SIGNATURE (Firma del Administrador o su Designado(a))	DATE RECEIVED
# 4867	U. Rued	4/21/21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):	Delv Via COVID19	DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)
		APR 28 2021
BATES000122		



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2021

CONTROL NUMBR INMATE #

09590 018883

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME *(Apellido del Preso):*INMATE FIRST NAME *(Primer Nombre):*ID Number *(# de identificación)*

GRIEVANCE/ISSUE AS DETERMINED BY CNU:

IMMEDIATE CNU RESPONSE *(if applicable):*CNU/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO *(Example: Superintendent, Cermik Health Services):*

DATE REFERRED

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE *(Print):*

SIGNATURE

DN/DEPT:

DATE:

INMATE SIGNATURE *(Firma del Preso):*DATE RESPONSE WAS RECEIVED: *(Fecha en que la respuesta fue recibida)*INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL *(Solicitud de Apelación del Preso)*

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
 (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el/la recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: *(Fecha de la solicitud de la apelación del preso):* ____/____/____

ADMINISTRATOR/DISEGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes *(Si)* ☐No ☐*(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)*INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: *(Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a).)*INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEGNEE *(Administrador o/su Designado(a))*SIGNATURE *(Firma del Administrador o/su Designado(a)).*DATE *(Fecha)*INMATE SIGNATURE *(Firma del Preso)*DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: *(Fecha en que la respuesta fue recibida)*

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY -- INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY -- C.R.W.)

(PINK COPY -- INMATE)

BATES000128

0188863 : Johnson, Douglas

Location: DIV8 RTU 2F D2

Cook County, IL

7/27/2021

2477

Code	Product	Qty	Price	Extend
1016	Boxer Shorts XL Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	3.50	-3.50
1093	Ankle Socks Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-2	1.29	-2.58
2042	Good Sense Cough Drops Bag Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	1.59	-1.59
2051	Deodorant Stick Clear 1.8oz Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	1.49	-1.49
2099	Cocoa Butter Bar Soap 5oz Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	1.42	-1.42
4011	Med-Frist Acetaminophen (generic Tylenol) 2ct Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-5	0.46	-2.30
5024	Butterscotch Disks (S)(V)(V+) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	1.79	-1.79
5038	Sterile Minis (S)(V)(V+) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	1.65	-1.65
5044	Old Fashioned Lemonade Disks 10oz (V)(V+) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	2.99	-2.99
6000	Nescafe Tasters Choice Single (K)(V)(V+) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-25	0.49	-12.25
6001	Sweet Sprinkles Sweet and low 10 ct (K)(V)(V+) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-2	0.69	-1.38
6002	Creamer packets 10pk (K)(V) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-2	1.19	-2.38
7022	Frito Lay Cheetos (V) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-3	1.10	-3.30
7033	Squeeze Cheddar Cheese (V) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-2	1.02	-2.04
7039	Lil Dutch Vanilla Wafers 11oz (V) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	2.25	-2.25
7043	Chicken of the Sea Tuna In Water 7oz (K) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	5.99	-5.99
7061	Frito Lay Doritos Cool Ranch 1.5oz (V) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-2	1.10	-2.20
7062	Frito Lay Doritos Nacho Cheese 1.5oz (V) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-3	1.10	-3.30
7064	Frito Lay Fritos Chili Cheese 1.5oz (V) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-2	1.10	-2.20
7070	Sheboygan Beef Summer Sausage 5oz Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-2	3.99	-7.98

BATES000129

0188863 : Johnson, Douglas

Location: DIV8 RTU 2F D2

Cook County, IL

7/27/2021

2477

Code	Product	Qty	Price	Extend
7073	Frito Lay BBQ 1.5oz (K)(V)(V+) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-3	1.10	-3.30
7081	Salsitas Tortilla Chip (K)(V)(V+) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-3	1.10	-3.30
7096	Chicken Breast Pouch 4.5oz Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-2	5.13	-10.26
7107	Americana Mayo PC (K)(V) Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-12	0.11	-1.32
7127	Beef Stew Pouch 11.25 Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	3.69	-3.69
7128	Brushy Creek Lasagna Pouch 11.25oz Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	3.99	-3.99
7232	Tuna Chipotle Seasoned 3.53oz Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	3.49	-3.49
7237	Summer Sausage Hot & Spicy 5oz Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	3.99	-3.99
7309	Saltine Cracker Sleeve Credit from 7/1/2021 REF: 2124	-1	0.61	-0.61

Balance After: \$934.26

Subtotal: -\$98.53

Taxes: -\$3.23

Sign:

Total: -\$101.76

BATES000130



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

2021112367 0188863

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services.)

☐ Emergency Grievance
☒ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

☐ Cermak Health Services
☒ Superintendent
☐ Other:

RT 42

PRESO - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

PRIMER - FIRST NAME (Primer Nombre):

Douglas

INMATE BOOKING NUMBER (#de identificación del Preso)

20190508253

DIVISION (División):

PRET

LIVING UNIT (Unidad):

2F

DATE (Fecha):

8-22-21

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies. The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, if the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante

La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
8-20-21	7:00 approx	Living unit	Prisoners

On 8-20-21 between 7:00 and 8:00pm there was something wrong with an inmate. The officer call, presents call and took him out and they took out the microwave for the reason there was no smoke or any one smoking and they didn't find any wires burning so there was no reason for them to take it. It was not right and no legitimate reason for it. They need to fine a better professional way of dealing with this matter because there are a lot of inmates that get involved.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:

(Nombre del personal o presos que tengan información)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

The whole unit 2F
Dawson Johnson

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

D. M. J. Sosa

SIGNATURE:

D. M. J. Sosa

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

8.23.21

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE REVIEWED:



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
 (Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
 (Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

INMATE #

2021

INMATE #

11367 0188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (Nº de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CMM:

380 SECURITY PROSECUTION

IMMEDIATE CMM RESPONSE (if applicable):

CMM/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

DATE REFERRED:

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Per established policy, grievances are to be removed from bars for any
 waiver's reasons, including suspected drug use, inappropriate usage and that
 non-compliance - among others. Grievances are also shared between living units.
 Grievances can be removed at any time at the discretion of staff.
 PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT:

DATE:

LT Her 773 IT Her 773 08 NOV 21 8125121

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso)

Stanley Johnson

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

9/18/21

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Fecha de la Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An
 appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
 (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso
 haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso) 9/18/21

I Disagree Don't make since that other have to
 pay for others things that other inmate
 to be Don't suppose to be here Request to remove

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (SI) ☐ No (N) ☒

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decision y recomendación por parte del administrador o/su designado(a))

Olga Delgado Depune to stand

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

9/13/21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Delv Via COVID19

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

SEP 07 2021

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000132



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE FORM
(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

2021 11618 10188863

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services)

☒ Emergency Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

Olecoe

☐ Cermak Health Services
☒ Superintendent: 8274
☐ Other:

PRISON INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

DeVellis

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

20190508253

DIVISION (División):

8-RTU

LIVING UNIT (Unidad):

2F

DATE (Fecha):

2-29-21

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante

El asunto de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIERS OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
2-29-29	84/7	DAY Room	Officer

IT HAS BEEN 45 DAYS SINCE WE HAD ANY HANDS IN THE SINK AND NOT GETTING THE PROPER CLEANING SUPPLIES TO CLEAN THE DAY ROOM OR THE BATH ROOM IT'S NOT GOOD FOR OUR HEALTH. THEN YOU TAKE THE MICROBURE FOR NO REASON AT ALL FOR IT TO BE TAKEN AWAY. NOW WE HAVE SICK OFFICERS WORKING THE TIER AND UNVACCINATED POSSIBLE COVERT-19

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:

(Nombre del personal o presos que tengan información:)

EVERY ONE ON 2F

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso)

Douglas Johnson

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

Johnson

SIGNATURE:

Johnson

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

8/30/21

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR DATES) (PINK COPY - INMATE)

**COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE**

(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM

(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

CONTROL NUMBER

INMATE #

2021

11618

088843

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (# de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRM:

006 DOC COVERED

20190508253

IMMEDIATE CRM RESPONSE (If applicable):

DJA

CRM/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

DATE REFERRED:

8/24

8/31/21

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Comments TO CLON MR PRISON OUT DAILY ATTENDED
MICHAEL MR ROMERO FROM TIPS NOT IN COMPLAINT
EVERYONE IS CALLED BETTER REPORTER FOR DUTY
HARD SWEETEN DELIVERED ON 9/3/21
PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print): LT McAR SIGNATURE: DN/DEPT: 08/PER DATE: 9/3/21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

09/03/2021

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.

(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso): ____/____/____

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐ No ☐

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a))

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha): ____/____/____

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida) ____/____/____

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000134



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

202432067 0188863

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services.)

☒ Grievance

☐ Non-Compliant Grievance

☐ Cermak Health Services
☐ Superintendent: PRIVACY
Other: PRIVACY

380

PRIVACY

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso): <u>Johnson</u>	PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre): <u>DeVigias</u>	INMATE BOOKING NUMBER (Número de identificación del Preso): <u>20190608253</u>
DIVISION (División): <u>8-RTU</u>	LIVING UNIT (Unidad): <u>2F</u>	DATE (Fecha): <u>9-5-21</u>

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue must not be one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearings officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance form must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-fall related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se considerarían quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja normal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante

La solitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del Incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Hora del Incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del Incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIERS OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
8.20.21	2:30pm	Det. 8-RTU. 2F	

Dear Director Please be informed that I would like to express my deep concern in regards to the removal of the micro-cam which is highly needed in the above mentioned room which I was not responsible for if being taken and would appreciate the return of it as soon as possible. Thank you.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print): <u>D. DeVigias</u>	SIGNATURE: <u>[Signature]</u>	DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED: <u>9.8.21</u>
SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):	SIGNATURE:	DATE REVIEWED:



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2021 11/15/2021

CONTROL NUMBER 121567 INMATE # 0188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Johnson

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

Douglas

ID Number (# de Identificación):

2019-0508253

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

300

Receividos

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

RETIA DEROX

DATE REFERRED:

9/14/21

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

THE MCKINLEY IS NOT A RIGHT, MCKINLEY TRINIDAD CAS 32
REVOKED DUE TO NON-COMPLIANCE.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

LT. GURIK

SIGNATURE:

[Signature]

DN / DEPT:

RTD

DATE:

16 DEC 21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Receividos to 8:34 1:50 PM SD

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

9/28/21

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

Inmate Serv.
Copy

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso:) / /

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

Yes (Si) ☐

No ☐

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000136



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

2021151026 0188163

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services.)

- ☐ Emergency Grievance
☒ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

- ☐ Cermak Health Services
☐ Superintendent:
☒ Other: Commissary Caudar

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

INMATE BOOKING NUMBER (Número de identificación del Preso):

Johnson

Dacela

20190505853

DIVISION (División): 8-RTV

LIVING UNIT (Unidad): 3G

DATE (Fecha): 11-15-21

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue is not one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism, the time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.)

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance form must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se considerarán quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibió no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED - DATE OF INCIDENT (Fecha del incidente)	REQUIRED - TIME OF INCIDENT (Horas del incidente)	REQUIRED - SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT (Lugar Específico del incidente)	REQUIRED - NAME and/or IDENTIFIERS OF ACCUSED (Nombre y/o identificación del Acusado)
---	---	---	---

11-4-21	9:00 Am	DIV 8 RTV-3G	COMMISSARY
---------	---------	--------------	------------

ON 11-4-21 COMMISSARY TOOK \$79.30 OUT OF MY TRUST FUND AND ON 11-6-21 WHEN COMMISSARY CAME THEY DIDNT HAVE MY ORDER. I TALK TO THE SUPERVISOR TOLD ME HE WAS GOING TO FINE MY BAG AND BRING IT BACK. HE DIDNT COME BACK AND ITS BEEN TWO WEEKS AND I STILL HAVEN'T RECEIVED MY REFUND YET. I RESIDE MY TRUST FUND BALANCE TODAY AND ITS NOT THERE. THIS IS BECOMING A BIG PROBLEM BECAUSE HOW COULD YOU TAKE MONEY FOR AN ORDER AND DONT DELIVER IT. CAN I PLEASE HAVE MY REFUND

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
 (Nombre del personal o presos que tengan información):

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

COMMISSARY SUPERVISOR Unit

Johnson

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

COMPLAINT COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

S. Davis

[Signature]

11-17-21

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR)

BATE (BANK COPY - INMATE)



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2021

CONTROL NUMBER

INMATE #

15602619188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (# de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

Commissioner

20190508253

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

040-Commissionary Refund

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

Commissioner Vendor

DATE REFERRED:

11/18/21

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

See All Attachments

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT.

DATE:

4011

[Signature]

CONDUCT

11/30/21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

[Signature]

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

18/18/21

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso:) ____/____/____

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐

No ☐

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a):)

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a):)

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000138



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE / APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso / Apelación)

21024
CONTROL NUMBER

INMATE #

151026 171888103

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (# de Identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

0410-Commissionary Refund

20190508253

IMMEDIATE CRW RESPONSE (If applicable):

CRW / REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

DATE REFERRED:

Commissionary Vendor 11/18/21

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

See All Attachments

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DN/DEPT.

DATE:

4011

COMISSE

11/30/21

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

David A. Johnson

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

12/3/21

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso): 12/3/21

First of all the commissary worker didn't call my name.

And second this is not my signature. This is how I write my name.

And last look at the birth date 8-5-98 that's my birth date.

My birthday is 9-20-62. Now will you please refund me.

ADMINISTRATOR/DISEÑEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (SI) ☒ No ☐

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEÑEE'S RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

Credit issued for amount of \$79.30

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEÑEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

Y. R. Lee

Y. R. Lee

2/2/22

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

Deliv Via COVID19

1/3/22

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

DEC 07 2021

S. Davis



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

CONTROL #

INMATE ID #

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

202115387

01888603

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services)

- ☐ Emergency Grievance
☒ Grievance
☐ Non-Compliant Grievance

- ☐ Cermak Health Services
☒ Superintendent
☐ Other: _____

Div 8 BTV Sup

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

INMATE BOOK NUMBER (# de identificación del Preso)

DIVISION (División):

IRVING UNIT (Unidad):

DATE (Fecha):

Johnson

DOUGLAS

20190508253

8RT11-21

11-B-21

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance issue must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue is not one of the following non-grievable matters: Inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.
The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker).
The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.
The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.
The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.
The grievance form must not contain offensive or harassing language.
The grievance form must not contain more than one issue.
The grievance issue must not pertain to non-jail related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.
El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.
El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendario a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).
El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendario.
El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.
El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendario.
El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.
El asunto de la queja no puede contener más de un asunto.
El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -
DATE OF INCIDENT
(Fecha del incidente)

REQUIRED -
TIME OF INCIDENT
(Hora del incidente)

REQUIRED -
SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT
(Lugar Especifico del incidente)

REQUIRED -
NAME and/or IDENTIFIERS) OF ACCUSED
(Nombre y/o identificación del Acusado)

11-11-21

7 AND 7:30 PM DAY ROOM

ST. REGINIGHT ST. SERVICES AND OFFICERS

ON 11-11-21 AROUND 6:00 PM OFFICERS SENT US TO RECK AFTER WE RETURNED WE
TOLD HIM THAT THEY SHOULD US DOWN AND TALK THE REASON REASON AND REASON
WE ASK ABOUT IT AND THE ST. SAID HE DIDN'T LIKE SOME GUY'S ADDRESSED AND HE
TOLD HIM THAT WASN'T A GOOD REASON TO TAKE THE IT WAS EVERYONE WAS
TALKING WHEN ST. REGINIGHT CAME IN AND SAID EVERYONE GET ONE ON ONE I GOT
MY BACK BUT ONE INMATE DIDN'T SO THEY REWROTE HIM DOWN AND CUFFED HIM
THE ST. REASON I GOT HIS MASS AND SPREAD THE FIRST AND EVERYONE IT GOT IN MY FACE
NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:
(Nombre del personal o presos que tengan información)

OFFICERS AND WHITE UNIT

Donalyn Johnson

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

SIGNATURE:

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE REVIEWED:

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR) BATE 000990 - INMATE

Douglas Johnson 20190508253 RTU Div 3G

AND HANDS ALL OVER AND THE THINK IS I DID WHAT WAS REQUESTED
BY ST. REGINAIGHT I WAS SITTING ON MY BUNK AND I GOT PRAED
FIRST MY FACE AND HANDS WAS BURNING AND IT WAS STARTING
SET OFF MY ASHWA I'M ON ACANE AND I ALLMOST FELL
TRYING TO GET AWAY FROM IT BUT IT GOT ON ME ANYWAYS
I DON'T THAT IT'S RIGHT FOR OFFICERS TO COME IN AND DO THIS.
IF THERE'S NO COMMUNICATION YOU CAN'T RESOLVE ANYTHING
MY T-SHIRTS WERE DESTROYED EVERYTHING ON MY DECK WAS
SOAKED THEN ST. KOKES TOOK THE SHEET OF THE GROUND AND
STARTED WIPING THE DECK NECKING EVERYTHING DOWN
MESSING UP EVERYTHING AND IT WAS JUST VERY UNPROFESSIONAL.
I KNEW THERE'S A BETTER WAY TO HANDLE THIS
MATTER BUT IT SIMES LIKE THEY DIDN'T CARE.
THEN I WAS SENT TO MED, ENA/ TO BE CHECKED
OUT AND WAS TURNED DOWN AND WAS TOLD TO
GO GET SOME AIR. AT THIS POINT SEEM LIKE NOBODY
CARED



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/ APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2024
CONTROL NUMBER

INMATE #

1538710188863

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

INMATE IDENTIFICATION NUMBER

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

Douglas

20190508253

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

334-Security Procedures/Cell search/Sheet return

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

Div 8 ITU Suet

DATE REFERRED:

11/16/24

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Staff will be reminded to remain professional at all times and de-escalate situations to avoid the use of OC spray.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DNV/DEPT.

DATE:

Whitsett

Whitsett

ETA

11/30/2024

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Douglas Johnson

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

12/12/24

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies. (con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso): ____/____/____

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? Yes (Si) ☐ No ☐
(Apelación del preso aceptada por el administrador o su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o su designado(a):)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o su Designado(a):)

SIGNATURE (Firma del Administrador o su Designado(a):)

DATE (Fecha): ____/____/____

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida) ____/____/____

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000142



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM

(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

2022
CONTROL NUMBER

INMATE #

156010188865

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

INMATE FIRST NAME (Primer Nombre):

ID Number (número de identificación):

GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW:

Schulson

Douglas

20190508253

IMMEDIATE CRW RESPONSE (if applicable):

190-medical healthcare

CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services):

DATE REFERRED:

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

Dear Mr. Johnson, Thank you for bringing your concern to our attention. We cannot provide a response at this time. Received medical about 0935. Medical staff advised as per medical. We will refer to Nurse Management for review. Discharged 12/8/21

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print):

SIGNATURE:

DIV./DEPT.:

DATE:

Susan Shih

Susan Shih

12/13/21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

INMATE

Waled to Resident

INMATE

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies. (Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el reclamo haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso):

ADMINISTRATOR/DISEÑEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL? (Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

Yes (Si) ☐ No ☐

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEÑEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decisión o recomendación por parte del administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DISEÑEE (Administrador o/su Designado(a)):

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

DATE (Fecha):

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE:

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

INMATE

INMATE

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

BATES000144

CCDOC — Inmate Services
2700 S California Ave
Chicago, IL 60608
Re: 2021X15601

Johnson Douglas
2919 W. Filmore
Chicago IL 60612

2021x 15601

I.I.C Name: Johnson, Douglas

Date Mailed: **12 / 14 / 2021**

Attached to this document is the response to your grievance.

- * If you find the response acceptable and/or do not wish to exhaust your administrative remedies with the C.C.D.O.C., no further action is required.
- * If you are unsatisfied with the response and/or you wish to exhaust your administrative remedies with the C.C.D.O.C., please complete the APPEAL SECTION and return it to the address provided below. The C.C.D.O.C. must receive your appeal within 15 calendar days of the post/marked envelope containing your response. You are required to submit a photocopy of the post/marked envelope along with your appeal statement. Failure to provide the photocopy with the appeal statement within 15 calendar days of the documented post/marked date, it will result in an automatic “denied” of your appeal.
- * Please be reminded that it is YOUR responsibility to ensure that the C.C.D.O.C. is in-receipt of your appeal.

C.C.D.O.C. I.I.C Services Dept. : 773-674-2836

***CCDOC – I.I.C Services
2700 S California Ave.
Chicago, IL 60608***